

I sottoscritti (Cognome Nome) _____
in qualità di genitori/tutori dello/a alunno/a (Cognome e Nome) _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
che frequenta la sezione/classe _____ del Plesso _____

**consapevole che il personale educativo/scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è
obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni**

CHIEDONO (barrare la scelta)

che al figlio/a sia somministrato il farmaco/effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da certificazione medica allegata.

A tal fine consegno n. _____ di confezioni integre del farmaco stesso.

oppure:

che sia consentito l'accesso ai genitori/tutori o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da certificazione medica allegata

_____ nei seguenti giorni ed orari: _____

Firma di genitori/tutori

*** nel caso firmi un solo genitore:**

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316,337ter,337quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Firma

Data _____

ALLEGATO N. 1